

Ocena aktywności ruchowej kobiet po leczeniu radykalnym z powodu raka piersi

Ewa Sierko^{1,2}, Monika Legieta^{1,3}, Monika Sokół¹, Marek Z. Wojtukiewicz^{1,2}

Wstęp. W Polsce rak piersi jest najczęściej diagnozowanym nowotworem u kobiet. Powikłania po przebytym leczeniu przeciwnowotworowym stanowią zarówno duży problem kliniczny, jak i terapeutyczny i w znacznym stopniu obniżają jakość życia tych kobiet. Aktywność fizyczna wpływa korzystnie na samopoczucie psychiczne i fizyczne, a także wywiera ogólne działanie prozdrowotne.

Materiał i metody. Celem pracy była ocena aktywności fizycznej chorych na raka piersi po radykalnym leczeniu przeciwnowotworowym. Badaniem objęto 89 kobiet należących do podlaskich klubów „Amazonek”. Podstawowym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany dla potrzeb powyższego badania. Większość „Amazonek” stanowiły kobiety w wieku powyżej 40 lat, pochodzące z terenów miejskich.

Wyniki. Większość ankietowanych „Amazonek” nie korzysta systematycznie z aktywności ruchowej. Wpływ na to mają przede wszystkim takie czynniki, jak: fakt przebytego leczenia i jego rodzaj, wtórny obrzęk limfatyczny, ból, lęk przed pojawieniem się powyższych dolegliwości, brak informacji o dopuszczalnym rodzaju aktywności oraz zły nastrój, stan przygnębienia i apatii. Większość respondentek w wolnych chwilach ogląda telewizję, czyta książki i gazety, a także spędza wolny czas słuchając radia lub muzyki. Spośród ankietowanych „Amazonek” mniej niż połowa poddana była rehabilitacji ambulatoryjnej. Zdecydowana większość spośród ankietowanych wyraża chęć zwiększenia swojej aktywności fizycznej. Wśród preferowanych przez respondentki rodzajów aktywności fizycznej największą popularnością cieszyły się: jazda na rowerze, pływanie w basenie oraz *nordic walking*, mniejszą zaś — ćwiczenia ruchowe ze sprzętem, aerobik i joga.

Podsumowanie. Należy dążyć do rozpowszechniania wśród kobiet po leczeniu radykalnym z powodu raka piersi informacji o konieczności i zasadności aktywności fizycznej oraz o rodzaju ćwiczeń, które chore mogą wykonywać. Wartościowym elementem edukacji fizycznej byłoby wykorzystywanie mediów z uwagi na fakt, że respondentki większość czasu spędzają oglądając programy telewizyjne i słuchając radia. Rodzaj aktywności fizycznej powinien być uzależniony od zastosowanej metody operacyjnej i leczenia uzupełniającego w celu uniknięcia powikłań w postaci wtórnego obrzęku limfatycznego. Celowe byłoby indywidualne dobieranie rodzaju ćwiczeń przez wykwalifikowaną osobę. Ponadto stworzenie w klubach „Amazonek” podgrupy kobiet młodszych zwiększyłoby motywację również tej grupy chorych do systematycznych ćwiczeń i różnorodnej aktywności ruchowej. Wskazane jest także stworzenie gabinetów rehabilitacji w mniejszych miejscowościach i we wsiach lub zorganizowanie dojazdu kobiet z terenów wiejskich do miast, by zwiększyć dostęp do kompleksowej rehabilitacji chorych mieszkających poza miastem.

The assessment of physical activity of breast cancer patients after radical treatment

Background. Breast cancer is the most commonly diagnosed neoplastic disease among women. Complications of cancer treatment constitute a significant clinical and therapeutic problem and decrease the quality of life of the patients. However, physical activity exerts beneficial effects on the patients' mental and physical well-being and also influences their health.

¹Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Białostockie Centrum Onkologii

³Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Material and methods. The aim of the study was an evaluation of physical activity of women following radical treatment for breast cancer. The study group consisted of 89 patients who were the members of Post-Mastectomy Women's "Amazons" groups in the area of podlaskie district. The method of survey was a diagnostic poll by questionnaire. The age of the „Amazons” was approximately 40 years old and most were women from urban areas.

Results. The majority of the responders did not systematically perform physical exercises. This results from the influence of their treatment, any subsequent lymphoedema, pain, anxiety about the risk of the occurrence of the above complications, inadequate knowledge as to which physical activity is the most appropriate for them as well as psychological worry. The majority of the responders spend their leisure time watching TV, reading books, newspapers or listening to music and to the radio. Less than half of the „Amazons” underwent ambulatory rehabilitation. The majority of responders are willing to increase their physical activity. Active patients spend their time on riding a bike, swimming and nordic-walking, exercising with training equipment. Attending aerobic classes or yoga are less frequently chosen options.

Conclusions. It is vital to spread information among breast cancer survivors about the necessity and the importance of participation in rehabilitation procedures and the possibility of performing different types of physical exercises. An educational program should involve the media, because of the fact that most of the responders spend a lot of their free time watching TV and listening to the radio. However, the extent of surgery and the type of the treatment should be taken into consideration when deciding on the most appropriate type of physical activity to be recommended to the patients in order to avoid complications such as lymphoedema. It is crucial for a medical professional to determine the set of exercises and the schedule for each individual breast cancer patient. Moreover, age-matched subgroups of the „Amazons” would increase women's motivation for regular physical activity and ensure maximum effect of the exercises. Rehabilitation centers providing professional services in the rural areas or convenient, direct transportation between cities and the rural areas are required to increase the access of post-mastectomy patients to professional staff.

NOWOTWORY Journal of Oncology 2012; 62, 5: 354–362

Słowa kluczowe: rak piersi, rehabilitacja, aktywność fizyczna

Key words: breast cancer, rehabilitation, physical activity

Wstęp

W Polsce rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet i stanowi około 20% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe [1]. Zachorowania na ten nowotwór diagnozuje się już u kobiet około 24 roku życia. Kobiety powyżej 65 roku życia stanowią około 50% chorych na raka piersi [2]. Dzięki powszechności badań mammograficznych oraz zwiększonej świadomości kobiet leczenie przeciwnowotworowe zostaje często podjęte we wczesnym stadium klinicznego zaawansowania choroby, co daje możliwość zastosowania leczenia oszczędzającego piersi. Po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego kobiety powinny powrócić do normalnego życia zarówno rodzinnego, jak i zawodowego. U chorych na raka piersi poddanych radykalnemu leczeniu przeciwnowotworowemu (zabiegowi operacyjnemu, ± radioterapii, ± leczeniu systemowemu) dochodzi do różnorodnych zmian fizycznych i psychicznych, które mogą mieć niekorzystny wpływ na jakość życia pacjentek. Dbłość o dobrą jakość życia chorych po leczeniu przeciwnowotworowym jest jedną z naczelných wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [3]. Do najczęstszych fizycznych następstw leczenia raka piersi możemy zaliczyć dysfunkcję stawów obręczy barkowej oraz ból i obrzęk lim-

fatyczny kończyny górnej po stronie leczonej [2, 3]. Duży nacisk w promocji zdrowia kładziony jest na zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa, ponieważ poprawia ona między innymi kondycję wysiłkową i umiejętności fizyczne, zapobiega powstawaniu chorób cywilizacyjnych oraz zwiększa zdolność do pracy fizycznej i umysłowej. Aktywność ruchowa powinna sprawiać radość, dostarczać zadowolenia, odprężenia, relaksu, umożliwiać zmniejszenie stresu i przeciążeń psychicznych, regenerowanie sił fizycznych i psychicznych, a także zapobiegać występowaniu szeregu dolegliwości somatycznych. Podczas leczenia z powodu raka piersi chore prowadzą oszczędzający tryb życia, tym samym ograniczają swoją aktywność ruchową, unikając wysiłku fizycznego. Ograniczenie aktywności ruchowej powoduje zmniejszenie wydolności wysiłkowej, nasilenie objawów zmęczenia, a w konsekwencji — obniżenie jakości ich życia [3]. Pacjentkom po leczeniu z powodu raka piersi towarzyszy wiele dolegliwości somatycznych i natury psychicznej, takich jak stres, lęk oraz poczucie bezradności. Jednak jednym z poważniejszych jest zmęczenie [4, 5]. Zespół zmęczenia nowotworowego objawia się brakiem energii, obniżeniem jakości życia, osłabieniem fizycznym i psychicznym oraz upośledzeniem adaptacji społecznej [4, 5].

Rehabilitacja psychofizyczna, która rozpoczyna się już w szpitalu, trwa 10 do 15 dni, zaś kolejne 7–8 tygodni — to rehabilitacja poszpitalna [3]. Rehabilitacja powinna być kompleksowa, czyli obejmująca swym działaniem usprawnianie psychiczne, fizyczne, społeczne i zawodowe. Jakość życia pacjentek w znacznej mierze zależy od przebiegu rehabilitacji, dlatego ważna jest właściwa współpraca personelu (lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek) oraz samych pacjentek. Odzyskanie sprawności kończyny górnej po stronie operowanej przyspiesza powrót kobiety do normalnego życia w rodzinie i w społeczeństwie [3, 4]. W przypadku wystąpienia obrzęków limfatycznych, czy też wad postawy, podejmowane jest dodatkowe postępowanie terapeutyczne [6–8].

Znaczenie szeroko pojętej rehabilitacji w usprawnianiu kobiet po leczeniu z powodu raka piersi potwierdzają swoim istnieniem liczne kluby kobiet po mastektomii, jak np. „Amazonki” i inne grupy wsparcia psychologicznego oraz społecznego tworzone na terenie całego naszego kraju i na świecie. Ich zadaniem jest m.in. utrwalanie postępów rehabilitacyjnych przy współpracy z poradniami rehabilitacyjnymi i uzdrowiskami, niesienie wsparcia psychofizycznego, umożliwienie wykonywania codziennych czynności, przywrócenie nadziei na poprawę jakości życia, wsparcie w pokonywaniu trudności oraz dostarczanie materiałów informacyjnych przeznaczonych dla kobiet, u których zdiagnozowano raka piersi [6, 7, 9].

Rehabilitacja ma wpływ na zmniejszenie lub ograniczenie negatywnych zmian fizycznych, takich jak: brak lub zmiana wyglądu piersi lub klatki piersiowej, ograniczenie ruchomości w stawie ramiennym i w obrębie kręgosłupa, zmniejszenie siły mięśniowej kończyny górnej i tułowia, obrzęk limfatyczny kończyny górnej po stronie operowanej, czynnościowe zaburzenia w obrębie układu naczyniowego (40%), oddechowego (50%) oraz narządu ruchu (50–90%) [10–12].

Aktualnie promuje się aktywny tryb życia całego społeczeństwa jako element niezbędny, przeciwdziałający liczным chorobom i dający optymalną jakość życia. O ile w większość szpitali onkologicznych istnieją jednostki nadzorujące i realizujące właściwą rehabilitację, to nieznana jest całościowo rozumiana aktywność fizyczna kobiet po zakończonym leczeniu z powodu raka piersi. Celem pracy była ocena aktywności fizycznej chorych na raka piersi zrzeszonych w podlaskich klubach „Amazonek”, które zakończyły radykalne leczenie przeciwnowotworowe.

Materiał i metody

Badaniem objęto 89 kobiet w okresie pomiędzy grudniem 2010 r. a czerwcem 2011 r. należących do klubów „Amazonek” w Białymstoku, Bielsku Podlaskim, Łomży, Augustowie i Suwałkach. Podstawowym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany dla potrzeb niniejszego badania, który składał się z 22 pytań, zarówno

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy „Amazonek” w województwie podlaskim

Dane	Liczba respondentek (n)/ odsetek (%)
Wiek (lata)	
< 40	0 (0)
41–50	13 (15)
51–60	31 (34)
> 60	45 (51)
Miejsce zamieszkania:	
— wieś	7 (8)
— miasto do 100 tys. mieszkańców	51 (58)
— miasto > 100 tys. mieszkańców	31 (34)
Wykształcenie:	
— podstawowe	5 (6)
— zawodowe	11 (12)
— średnie	40 (45)
— wyższe	33 (37)
Stan cywilny:	
— panna	8 (9)
— mężatka/stały związek	49 (55)
— wdowa	21 (24)
— rozwiedziona	11 (12)
Rodzaj wykonywanej pracy zawodowej:	
— umysłowa	34 (38)
— fizyczna	9 (10)
— bezrobotna	9 (10)
— inna	37 (42)
BMI	
< 18,5	0 (0)
18,5–25	28 (31)
25–30	40 (45)
> 30	21 (24)

BMI (*body mass index*) — wskaźnik masy ciała (masa ciała w kg/powierzchnia ciała w m²)

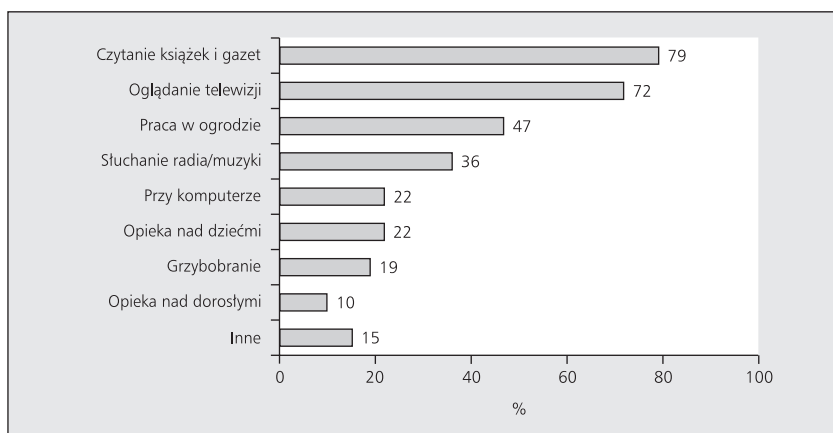
zamkniętych (jedno- i wielokrotnego wyboru), jak i pytań otwartych, które dotyczyły m.in. sposobu leczenia przeciwnowotworowego, zastosowanej rehabilitacji, aktualnej aktywności fizycznej oraz czynników, które mają wpływ na stopień i rodzaj aktywności fizycznej respondentek. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Każda respondentka wyraziła dobrowolną pisemną zgodę na udział w badaniu.

Uzyskane wyniki poddano analizie ilościowej i procentowej. Z uwagi na zbyt małą liczbę respondentek nie przeprowadzono analizy statystycznej.

Wyniki

Połowa ankietowanych „Amazonek” była w wieku powyżej 60 lat. Większość respondentek to kobiety zamężne lub żyjące w stałym związku (55%). Dominowały „Amazonki” posiadające wykształcenie średnie (45%) oraz wyższe (37%). Ankietę przeprowadzono głównie wśród „Amazonek” mieszkających w mniejszych miastach, tj. < 100 tys. mieszkańców (58%). Wśród respondentek największą grupę stanowiły emerytki i rencistki (42%; tab. I).

Większość respondentek w wolnych chwilach ogląda telewizję (ok. 70%), czyta książki i gazety (ok. 80%). Niecała



Rycina 1. Sposób spędzania wolnego czasu przez ankietowane „Amazonki” w województwie podlaskim (możliwość kilku odpowiedzi)

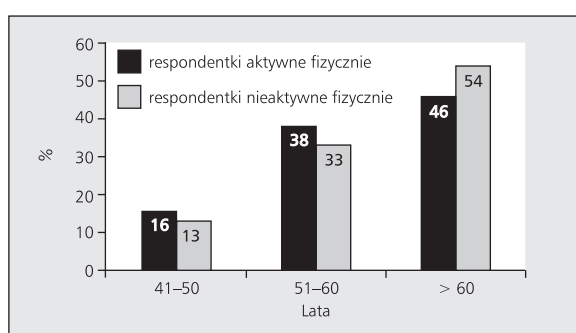
Tabela II. Charakterystyka aktywności fizycznej ankietowanych „Amazonek” w województwie podlaskim

Dane	Liczba odpowiedzi (n)/odsetek (%)
Ilość czasu spędzana w ciągu dnia przez „Amazonki” w pozycji siedzącej lub leżącej:	
< 4 h (< 26%)	46 (52)
4–8 h (26–50%)	34 (38)
8–12 h (51–75%)	8 (9)
> 12 h (> 75%)	1 (1)
Regularność aktywności fizycznej wśród „Amazonek”:	
— regularna	27 (31)
— nieregularna	42 (47)
— sezonowa	24 (27)
Podejście do aktywności fizycznej wśród „Amazonek”:	
— chęć zwiększenia aktywności fizycznej	71 (79)
— brak chęci zwiększenia aktywności fizycznej	8 (9)
— aktywność fizyczna nie ma znaczenia	11 (12)

połowa ankietowanych kobiet zajmuje się ogrodem, natomiast 1/3 chorych spędza wolny czas słuchając radia lub muzyki. Niespełna 1/5 kobiet bierze udział w grzybobraniu, spędza czas przy komputerze, czy też opiekuje się dziećmi. Nieliczne „Amazonki” spędzają także wolny czas przy robotkach na drutach (2 osoby), pracach ręcznych (1 osoba), rozwiązywaniu krzyżówek (2 osoby), malowaniu (1 osoba), pisaniu kroniki rodzinnej (1 osoba), spotkaniach ze znajomymi (3 osoby), turystyce (1 osoba), pływaniu w basenie (2 osoby), uczestnictwie w klubie „Amazonki” (3 osoby) oraz uprawiając sport (1 osoba; ryc. 1).

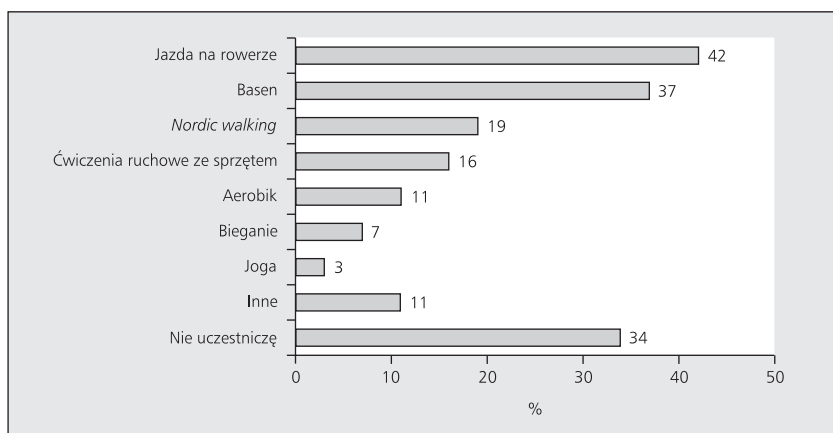
Połowa ankietowanych (ok. 52%) spędza do 4 godzin dziennie w pozycji siedzącej lub leżącej, około 1/3 chorych „Amazonek” spędza dziennie do 8 godzin w pozycji spoczynkowej. Niecałe 10% kobiet spędza w pozycji siedzącej lub leżącej 8–12 godzin, a niespełna 1% powyżej 12 godzin dziennie (tab. II).

Rozkład wiekowy „Amazonek” aktywnych i nieaktywnych fizycznie jest zbliżony (ryc. 2).



Rycina 2. Podział ankietowanych „Amazonek” w województwie podlaskim wg aktywności fizycznej w poszczególnych grupach wiekowych

Ponad 1/3 respondentek nie uczestniczy aktywnie w ćwiczeniach fizycznych. Pozostałe respondentki najchętniej wybierają jazdę na rowerze (ponad 40%), pływanie w basenie (ok. 40%) oraz *nordic walking* (ok. 20%). „Amazonki” wykazały mniejsze zainteresowanie ćwiczeniami ruchowymi ze sprzętem (ok. 15%) i aerobikiem (ok. 10%). Najmniej popularne wśród respondentek jest bieganie (7%) i joga (3%). Inne formy aktywności fizycznej wyszczególnione przez respondentki to gimnastyka w grupie „Amazonki” (26 kobiet), spacer (9 respondentek) oraz jazda na nartach (1 kobieta; ryc. 3). Spośród badanych kobiet ok. 1/2 określiło swoją aktywność fizyczną jako nieregularną, a jedynie 1/3 jako regularną. Aktywność sezonowa charakteryzuje blisko 1/4 respondentek. Co ciekawe, zdecydowana większość spośród ankietowanych (ok. 80%) wyraziła chęć zwiększenia swojej aktywności fizycznej. Jedynie ok. 10% nie jest tym zupełnie zainteresowana, a dla ponad 10% kobiet problem aktywności fizycznej jest całkowicie obojętny. Ponad połowa ankietowanych „Amazonek” (ok. 52%) zwróciła uwagę, że nastrój ma duży wpływ na ich aktywność fizyczną. Mianowicie, zły nastrój i apatia wpływają zniechęcająco do uprawiania jakiegokolwiek aktywności fizycznej (ryc. 3). Spośród 37 respondentek aktywnych fizycznie 18 podało, że mieszka w mieście do 100 tys. mieszkańców, 17 — w mieście



Rycina 3. Rodzaj aktywności fizycznej, w której uczestniczą ankietowane „Amazonki” w województwie podlaskim (możliwość kilku odpowiedzi)

Tabela III. Aktywność fizyczna ankietowanych „Amazonek” w województwie podlaskim w zależności od miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego i rodzaju wykonywanej pracy

Wybrane czynniki	Odsetek aktywnych fizycznie „Amazonek” (%)
Miejsce zamieszkania:	
— miasto do 100 tys. mieszkańców	35
— miasto > 100 tys. mieszkańców	55
— wieś	7
Wykształcenie:	
— podstawowe	40
— zawodowe	63
— średnie	25
— wyższe (policealne)	54,5
Stan cywilny:	
— panna	13
— zamężna/stały związek	49
— rozwiedziona	45
— wdowa	33
Wykonywana praca zawodowa:	
— umysłowa	41
— fizyczna	44
— bezrobotna	44
— inna	22

powyżej 100 tys. mieszkańców, a tylko 2 — na wsi. Wśród wszystkich respondentek mieszkających na wsi (7 kobiet) kobiety aktywne fizycznie stanowią 1/3, w miastach do 100 tys. mieszkańców (51 kobiet) — 1/3, zaś w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców — w Białymstoku (31 kobiet) — ponad połowę.

Najwięcej „Amazonek” aktywnych fizycznie posiadało wykształcenie zawodowe lub wyższe, a najrzadziej — średnie. Około połowa respondentek zamężnych/będących w stałym związku oraz rozwiedzionych jest aktywna fizycznie. W grupie wdów kobiety aktywne fizycznie stanowią już tylko 1/3, a wśród panien jest ich najmniej. Wśród respondentek bezrobotnych oraz wykonujących pracę umysłową bądź fizyczną prawie połowa kobiet jest aktywna fizycznie. Zakreślając grupę „inna”, kobiety miały na myśli emeryturę

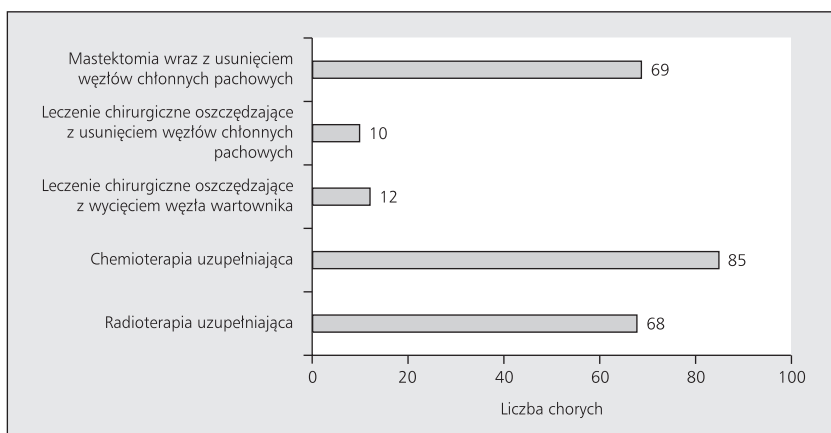
i rentę. Jedna kobieta zaznaczyła zarówno pracę umysłową, jak i fizyczną (tab. III).

Większość respondentek była poddana skojarzonemu leczeniu przeciwnowotworowemu. Najczęściej stosowaną metodą leczenia chirurgicznego była amputacja piersi wraz z usunięciem węzłów chłonnych pachy (69 „Amazonek”, 85 respondentek otrzymało chemioterapię, natomiast radioterapię piersi/blizny oraz węzłów chłonnych zastosowano u 68 chorych (ryc. 4).

Aktywność fizyczna zmalała u ponad połowy „Amazonek”, które miały zastosowane leczenie oszczędzające (65%) oraz u prawie połowy kobiet (ok. 40%) poddanych radykalnemu leczeniu operacyjnemu. Natomiast aktywność fizyczna wzrosła lub pozostała bez zmian u mniej niż 30% „Amazonek” (tab. IV).

Udział respondentek zarówno w różnych formach rehabilitacji jednorazowej/kilkakrotnej, jak i w ciągłej/okresowej nie przekraczał 50%. Pomimo stosowania rehabilitacji ciągłej bądź okresowej poziom ogólnej aktywności fizycznej zmalał u prawie połowy respondentek (47%), a u prawie 1/3 zmienił się rodzaj aktywności fizycznej (ryc. 5). Jedynie 1/3 respondentek poddana była rehabilitacji ambulatoryjnej. Warto podkreślić, że zdecydowana większość kobiet uczestniczyła w gimnastyce prowadzonej w ramach spotkań w grupie „Amazonek” (ok. 80%). Ponad połowa ankietowanych ćwiczyła samodzielnie w domu i uczęszczała na masaże (ok. 60%). Tylko 1/3 „Amazonek” skorzystała z leczenia sanatoryjnego (ryc. 6).

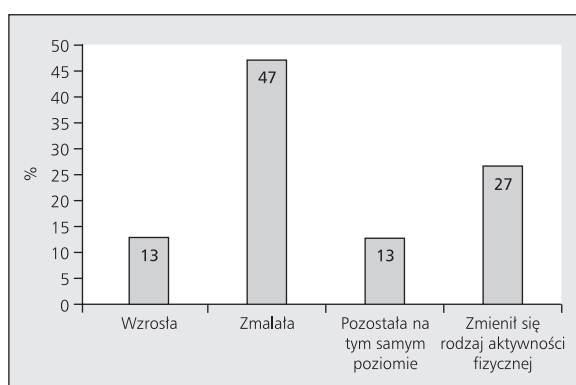
O ile nie zaobserwowano różnic w dostępie do rehabilitacji wśród „Amazonek” zamieszkających w dużych i małych miastach, to respondentki mieszkające na wsi mają z tym znaczący problem. Około 45% respondentek mieszkających w miastach oraz ok. 6% respondentek zamieszkujących tereny wiejskie nie ma trudności w dostępie do rehabilitacji. Jednakże rehabilitacji ambulatoryjnej poddawanych było tylko 2/5 „Amazonek” posiadających wykształcenie podstawowe, ok. 1/5 — zawodowe, 2/5 — średnie i 1/3 — wyższe/policealne.



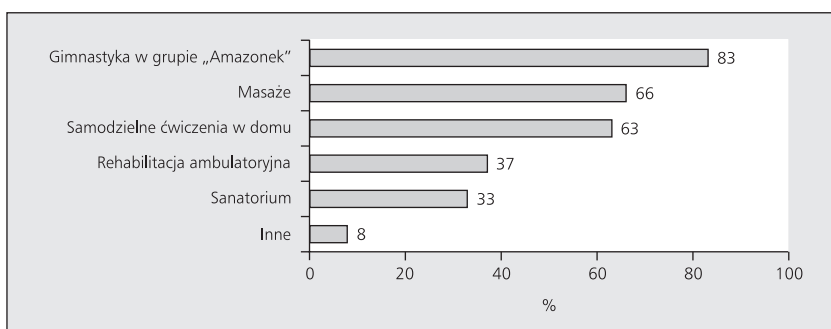
Rycina 4. Podział ankietowanych „Amazonek” w województwie podlaskim ze względu na rodzaj zastosowanego leczenia przeciwnowotworowego (dwie chore poddane były leczeniu oszczędzającemu, jak i mastektomii)

Tabela IV. Nasilenie aktywności fizycznej u ankietowanych „Amazonek” w województwie podlaskim w zależności od zakresu operacji

Nasilenie aktywności fizycznej	Amputacja piersi wraz z usunięciem węzłów chłonnych pachowych n/(%)	Leczenie oszczędzające n/(%)
Wzrosła	12 (17)	3 (15)
Zmalała	28 (41)	13 (65)
Pozostała na tym samym poziomie	11 (16)	1 (5)
Zmienił się rodzaj aktywności fizycznej	18 (26)	3 (15)



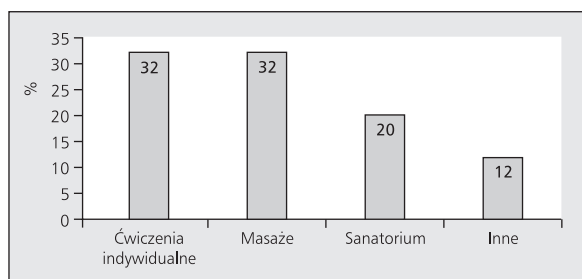
Rycina 5. Podział ankietowanych „Amazonek” z województwa podlaskiego, które poddane były rehabilitacji ciągłej/okresowej, w zależności od aktywności fizycznej po leczeniu przeciwnowotworowym



Rycina 6. Podział ankietowanych „Amazonek” z województwa podlaskiego ze względu na rodzaj zastosowanej rehabilitacji po leczeniu przeciwnowotworowym (możliwość kilku odpowiedzi)

Wtórny obrzęk limfatyczny pojawiał się okresowo u połowy „Amazonek” lub występował stale (druga połowa respondentek). To ostatnie powikłanie dotyczyło prawie połowy chorych po zabiegu mastektomii. Znacznie rzadziej wtórny obrzęk limfatyczny pojawiał się u tych chorych na raka piersi, u których zastosowano operacyjne leczenie oszczędzające (7%) i zastosowano procedurę wycięcia węzła wartownika (5%). Około 1/3 respondentek poddanych radioterapii zosta-

ła dotknięta tym powikłaniem. Wtórny obrzęk limfatyczny występuje przede wszystkim u respondentek wykonujących pracę fizyczną (ok. 60%). Powikłanie to częściej się spotyka u emerytek bądź rencistek (ok. 60%), rzadziej zaś u kobiet pracujących umysłowo (ponad 30%) i bezrobotnych (45%). Wtórny obrzęk limfatyczny występuje u ok. 1/2 respondentek, niezależnie od miejsca zamieszkania. U kobiet, u których wystąpił wtórny obrzęk limfatyczny, najczęściej stosowany



Rycina 7. Rodzaj rehabilitacji stosowanej przez ankietowane „Amazonki” z województwa podlaskiego w przypadku wystąpienia wtórnego obrzęku limfatycznego

był masaż kończyny górnej (1/3 „Amazonek”) i ćwiczenia indywidualne (1/3 respondentek). W przypadku pojawiania się tego powikłania do sanatorium udaje się jedynie 1/5 kobiet. Dodatkowymi ćwiczeniami stosowanymi przez ankietowane są: automasaż (4 kobiety), rękaw uciskowy (1 respondentka), masaż limfatyczny (1 „Amazonka”), gimnastyka/ćwiczenia w grupie „Amazonek” (6 kobiet) oraz ćwiczenia w wodzie (1 respondentka) (ryc. 7).

Omówienie

Z przeprowadzonych badań wynika, że respondentki w niewielkim stopniu aktywnie spędzają wolny czas, wybierając przede wszystkim oglądanie TV i czytanie gazet (ryc. 1). W związku z tym media mają możliwość przekazania odpowiednich informacji i wskazówek kobietom po leczeniu z powodu raka piersi poprzez różnego rodzaju programy edukacyjne, kampanie informacyjne oraz seriale. Warto byłoby poświęcić w nich czas nie tylko na profilaktykę przeciwnowotworową, ale również na pokazanie sposobów na aktywne spędzanie wolnego czasu i motywowanie kobiet, które zostały poddane leczeniu z powodu raka piersi, do uprawiania aktywności fizycznej. Ponad 1/3 ankietowanych podała, że nie uczestniczy w żadnych aktywnych ćwiczeniach fizycznych, a prawie 1/2 pozostałych kobiet swoją aktywność określiła jako nieregularną. Wpływ na takie wyniki może mieć wiek kobiet biorących udział w badaniu i rodzaj wykonywanej przez nie pracy. Większość respondentek to kobiety starsze, częściej emerytki i rencistki, mające mniej sił fizycznych do aktywnego spędzania wolnego czasu niż ich młodsze koleżanki. Poza tym w przeszłości nie promowano aktywnego sposobu spędzania wolnego czasu. Z drugiej strony powyższa grupa „Amazonek” ma dużo czasu na pracę nad swoim zdrowiem, więc jej członkowie mogłyby częściej uczestniczyć w różnych aktywnych formach wypoczynku. Mała aktywność fizyczna kobiet pracujących fizycznie może wynikać ze zmęczenia po pracy, co zniechęca je do dodatkowych ćwiczeń. Kobiety pracujące umysłowo niejednokrotnie mogą zregenerować siły do pracy podczas aktywności fizycznej (tab. III).

W przeprowadzonym badaniu udział wzięło tylko 7 kobiet mieszkających na wsi, co pozwala wnioskować, że istnieją trudności w dotarciu „Amazonek” z terenów wiejskich na spotkania klubu lub zbyt niska ich świadomość co do korzyści, jakie daje uczestnictwo w takich spotkaniach. Należałoby więc stworzyć kluby „Amazonek” także w tych miejscowościach oraz gminach wiejskich, co ułatwiłoby nie tylko dojazd, ale przede wszystkim umożliwiło większej liczbie kobiet udział w różnorodnych formach aktywności, np. zorganizowanych ćwiczeniach ze sprzętem, jeździe na rowerze czy ćwiczeniach na basenie (tab. I). W badaniach własnych zaobserwowano, że wykształcenie ma wpływ na aktywność fizyczną, mianowicie kobiety posiadające wykształcenie zawodowe lub wyższe i policealne mają większą świadomość potrzeby prowadzenia aktywnego trybu życia, jak również lepszą wiedzę na temat miejsc i sposobów uprawiania różnego rodzaju aktywności fizycznej. Spośród respondentek z wykształceniem średnim tylko 1/4 jest aktywna fizycznie, co wskazuje na potrzebę ukierunkowania działań motywacyjnych na tę grupę kobiet. Spośród mężatek i kobiet będących w stałym związku prawie 1/2 to kobiety aktywne fizycznie. Może to wynikać z faktu, że potrzeba bycia atrakcyjną dla obecnego bądź przyszłego partnera pozytywnie wpływa na chęć utrzymania odpowiedniej sprawności organizmu i motywację do podjęcia aktywności fizycznej (tab. III).

Badania przeprowadzone przez Holmesa i wsp. [13] wskazują na korzystny wpływ aktywności fizycznej na poprawę ogólnej sprawności, wytrzymałości, zmniejszenie otyłości oraz na poprawę funkcji kończyny górnej po stronie operowanej. W licznych opracowaniach podkreślana jest jednak zależność prawidłowo prowadzonego procesu rehabilitacji na jakość życia kobiet po operacji z powodu raka piersi. Odpowiednia fizjoterapia zmniejsza obrzęk kończyny górnej po stronie operowanej, zwiększa zakresy jej ruchomości oraz poprawia kondycję psychiczną pacjentek [14–16]. Wśród kobiet po leczeniu z powodu choroby nowotworowej, które w dalszym ciągu są aktywne fizycznie, występuje znacznie niższe ryzyko dalszego rozwoju choroby lub śmierci w stosunku do tych, które nie wykazują aktywności fizycznej [13]. Brak tej aktywności prowadzi do zaniku mięśni i zmniejszenia ogólnej wydolności organizmu, tak że poziom aktywności, który wcześniej był dobrze tolerowany, jest postrzegany jako męczący, co ostatecznie jeszcze bardziej potęguje zmęczenie [13]. Wśród kobiet biorących udział w niniejszym badaniu większość (ok. 60%) jest nieaktywna fizycznie, jednakże ok. 80% respondentek chciałaby, aby ich aktywność fizyczna wzrosła. Oczywiście niezbędna jest w tym przypadku współpraca kompetentnych osób (np. fizjoterapeutów lub pielęgniarek środowiskowych) z pacjentkami, które należałoby odpowiednio motywować i przedstawić im korzystny wpływ aktywności fizycznej na ich ogólne samopoczucie.

Duży wpływ na aktywność fizyczną kobiet ma rehabilitacja zastosowana po leczeniu przeciwnowotworowym, jej dostępność, intensywność i ciągłość. Rodzaj aktywności fizycznej powinien być uzależniony od zastosowanej metody operacyjnej i leczenia uzupełniającego w celu uniknięcia wystąpienia powikłań w postaci wtórnego obrzęku limfatycznego. Powikłanie to występuje głównie u kobiet po amputacji piersi wraz z usunięciem węzłów chłonnych pachowych [14]. Po leczeniu z powodu raka piersi ogromne znaczenie w powrocie do zdrowia ma sposób usprawniania pacjentek. Ważna jest więc prawidłowo i świadomie prowadzona systematyczna fizjoterapia rozpoczęta jeszcze w szpitalu i kontynuowana przez pacjentki ambulatoryjnie [16]. Niestety, spośród 89 respondentek tylko niespełna 40% poddana była rehabilitacji ambulatoryjnej (ryc. 6).

Kolejnym etapem rehabilitacji poszpitalnej po radykalnym leczeniu operacyjnym z powodu raka piersi jest rehabilitacja uzdrowskowa. W czasie jednego turnusu w uzdrowisku, trwającego 24 dni, kobiety uzyskują znaczne zwiększenie zakresu ruchów i siły mięśniowej kończyny po stronie operowanej oraz stabilizację obrzęku limfatycznego kończyny górnej [17]. Spośród respondentek tylko 1/3 skorzystała z możliwości wyjazdu do sanatorium (ryc. 6), co może wynikać z braku dostępu do informacji w jaki sposób i gdzie kobiety powinny zgłosić chęć wyjazdu. Przyczyną może być także niedostateczna świadomość lekarzy co do korzystnego wpływu sanatorium na sprawność ruchową kobiet bądź też zbyt duża ilość koniecznych do wypełnienia przez nich dokumentów.

Badania własne wykazały, iż częstość prowadzonej rehabilitacji nie wpływa na zwiększenie aktywności fizycznej, co pozwala wysnuć wniosek, iż kobiety biernie poddają się rehabilitacji, nie starając się we własnym zakresie poszerzyć gamy ćwiczeń, aby poprawić swoją sprawność. Może to wynikać z ich małej wiedzy na temat zakresu ćwiczeń, które są w stanie wykonywać samodzielnie w domu. Zauważalna jest więc potrzeba, aby zwiększyć liczbę informatorów, poradników oraz ulotek prezentujących sposoby rehabilitacji domowej bądź filmów czy nagrań instruktażowych. Ważna jest też rola lekarza rodzinnego w promowaniu aktywności fizycznej w tej grupie pacjentek. Aby móc dotrzeć do większej liczby „Amazonek” i pomóc im odnaleźć w sobie chęci i motywację do aktywności fizycznej, warto byłoby wprowadzić m.in. wspólne wyjścia na basen, wycieczki rowerowe, zajęcia *nordic walking*, jogi, czy aerobiku. Niezbędna byłaby przy tym odpowiednia konsultacja lekarza rehabilitacji, który dopasowałby zajęcia indywidualnie do stanu zdrowia i możliwości „Amazonek”.

Jednym z głównych problemów kobiet po leczeniu z powodu raka piersi jest występujący obrzęk kończyny górnej bądź okolicy dołu pachowego po stronie operowanej, który powoduje obniżenie jakości ich życia [18–20]. Może on nasilać się podczas wykonywania zwykłych czynności dnia

codziennego, w związku z tym wiele kobiet zmuszonych jest do zmiany trybu życia [18, 21]. W przeprowadzonych badaniach zaobserwowano, że wtórny obrzęk limfatyczny występuje u około połowy ankietowanych. U połowy respondentek dolegliwość ta pojawia się okresowo. Choć wykazano, iż wykonywana praca fizyczna oraz zastosowane leczenie mają największy wpływ na występowanie wtórnego obrzęku limfatycznego, to powikłanie to pojawia się zarówno po amputacji piersi wraz z usunięciem węzłów chłonnych pachy, jak i po leczeniu oszczędzającym. W przypadku pierwszego rodzaju leczenia jest to częstsza dolegliwość i dotyczy ponad połowy kobiet. Uzyskane wyniki pozwalają domniemywać, iż chore na raka piersi mogą stosować nieodpowiednią profilaktykę wtórnego obrzęku limfatycznego lub posiadają zbyt małą wiedzę na ten temat. W związku z tym należałoby jak najwcześniej informować kobiety o konieczności modyfikowania sposobu wykonywania codziennych czynności oraz wskazywać im dziedziny sportu oraz sposób aktywności fizycznej, w których mogą uczestniczyć w wolnym czasie.

Pomimo prowadzonej rehabilitacji ciągłej/okresowej u prawie połowy respondentek aktywność fizyczna zmalała. Organizowanie różnorodnych spotkań i zajęć promujących aktywność fizyczną, udostępnianie grupowych karnetów na zajęcia fitness czy na basen umożliwiłoby kobietom po leczeniu z powodu raka piersi zwiększenie aktywności fizycznej. Celowe byłoby indywidualne dobieranie ćwiczeń przez kompetentną osobę nie tylko nadzorującą poprawność ich prowadzenia, ale również udzielającą indywidualnych konsultacji, które umożliwiłyby bieżące wprowadzanie zmian w planie usprawniania chorych na raka piersi, dopasowane do aktualnego stanu fizycznego każdej z „Amazonek”.

Kobiety zwracały uwagę także na brak odpowiedniego towarzystwa, które motywowałoby do wspólnej aktywności. Na uwagę zasługuje fakt, że w ankietowanej grupie niewiele było kobiet poniżej 50 roku życia oraz nie było żadnej kobiety poniżej 40 roku życia. Fakt braku młodych kobiet w klubach „Amazonek” może wskazywać na zbyt dużą różnicę pokoleń i nieodnajdywanie się młodych kobiet wśród osób o innych poglądach, problemach dnia codziennego czy zainteresowaniach. Stworzenie w klubach „Amazonek” grup z podziałem na wiek kobiet mogłoby rozwiązać ten problem. W grupie rówieśniczek kobiety czułyby się swobodniej, bardziej komfortowo oraz byłyby bardziej zmotywowane do systematycznej i różnorodnej aktywności ruchowej.

Wnioski

Rodzaj aktywności fizycznej powinien być uzależniony od zastosowanej metody operacyjnej i leczenia uzupełniającego w celu uniknięcia wystąpienia powikłań w postaci wtórnego obrzęku limfatycznego, który występuje częściej u kobiet po amputacji piersi wraz z usunięciem węzłów chłonnych pachowych. Metoda leczenia nie ma wpływu

na częstość i regularność aktywności fizycznej. Zastosowanie rehabilitacji ciągłej/okresowej nie zabezpiecza przed zmniejszeniem ogólnej aktywności fizycznej, stąd potrzeba wsparcia edukacyjnego „Amazonek” w tym zakresie. Należy dążyć do rozpowszechniania informacji o konieczności rozpoczęcia rehabilitacji tuż po zabiegu operacyjnym i trwaniu jej nieprzerwanie do końca życia chorych na raka piersi. Kobiety po leczeniu z powodu raka piersi powinny mieć dostęp do różnorodnych i systematycznych form aktywności fizycznej nie tylko w klubach „Amazonek”, ale również w życiu codziennym, w miejscu zamieszkania. Właściwym byłoby stworzenie gabinetów czy też punktów rehabilitacyjnych w małych miasteczkach i wsiach, lub jakiegokolwiek umożliwienie kobietom z tych rejonów dotarcie na zajęcia rehabilitacyjne, np. poprzez zorganizowanie dojazdu ze wsi do miast. Młode kobiety rzadziej zgłaszają się do klubów „Amazonek”, co może wskazywać na zbyt dużą różnicę pokoleń i nieodnajdywanie się ich wśród osób starszych. Stworzenie grup „młodych Amazonek” mogłoby zmotywować do systematycznej i różnorodnej aktywności ruchowej młodsze kobiety poddane leczeniu z powodu raka piersi. Wskazane jest dokładniejsze informowanie kobiet po leczeniu z powodu raka piersi, w jakich aktywnych ćwiczeniach i w jakim stopniu mogą bez przeszkód uczestniczyć. W tym celu należałoby organizować różnorodne spotkania i zajęcia promujące aktywność fizyczną, upowszechniać grupowe karnety na zajęcia fitness czy basen. Celowe byłoby indywidualne dobieranie ćwiczeń przez wykwalifikowaną osobę. Należy zwrócić szczególną uwagę na uświadomienie pacjentkom, jak ważna jest aktywność fizyczna w przeciwdziałaniu nawrotom choroby oraz wystąpieniu zespołu zmęczenia czy wtórnego obrzęku limfatycznego.

Dr n. med. Ewa Sierko

Klinika Onkologii

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok

e-mail: ewa.sierko@iq.pl

Otrzymało: 27 grudnia 2011 r.

Przyjęto do druku: 7 lutego 2012 r.

Piśmiennictwo

1. Kozakiewicz B. Rak piersi. W: *Onkologia kliniczna: wybrane zagadnienia*. Warszawa: Wyd. Med. Borgis; 2004, s. 56–67.
2. Nowicki A, Kwasieńska E, Rzepka K i wsp. Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”. *Ann Acad Med Stetin, Rocz Pom Akad Med w Szczecinie* 2009; 55: 81–85.
3. Szczygalska-Majewska M, Czerwińska J. Wybrane problemy kobiet po mastektomii. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin* 2000; 56 suppl. VII: 287–290.
4. Rucińska M., Tokajuk P, Wojtukiewicz MW. Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych na nowotwory leczonych energią promienistą. *Nowotwory J Oncol* 2004; 54: 143–147.
5. Wojtukiewicz MZ, Sawicki Z, Sierko E i wsp. Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych na nowotwory poddawanych chemioterapii. *Nowotwory J Oncol* 2007; 57: 55–61.
6. Bruś J. Organizacja profilaktyki, leczenia raka piersi i rehabilitacja w opinii kobiet po mastektomii z Klubu „Amazonka”. *Zdr Publ* 2000; 110: 138–145.
7. Hawro R, Bębenek M, Pudelko M. Wczesna pooperacyjna fizjoterapia po doszczętnym leczeniu raka gruczołu piersiowego. *Fizjoterapia* 1999; 7 suppl. 1, 12–17.
8. Rostowska E, Bąk M. Etyczne aspekty rehabilitacji kobiet po mastektomii. *Post Rehab* 2000; 14: 85–96.
9. Cohen DA, Gelfand RM. Rekonwalescencja po operacji. W: *Jak walczyć z rakiem piersi*. Wyd. I. Bellona: 2007.
10. Madetko R, Cwiernia B. Rehabilitacja po mastektomii. *Probl Piel* 2008; 16: 397–400.
11. Zegarski W, Basałygo M. Ocena wpływu fizjoterapii na jakość życia po leczeniu operacyjnym raka piersi. *Współ Onkol* 2010; 14: 281–285.
12. Lacomba M, Sanchez MJY, Goni AZ i wsp. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *J Physiother* 2010; 56: 134.
13. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D i wsp. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA* 2005; 293: 2479–2486.
14. Zegarski W, Basałygo M. Ocena wpływu fizjoterapii na jakość życia po leczeniu operacyjnym raka piersi. *Współ Onkol* 2010; 14: 281–285.
15. Irwin ML, George SM, Matthews CE. Physical activity and breast cancer: prevention, survival, and mechanisms. *Res Dig* 2011; 11: 1–9.
16. Mikołajewska E. *Fizjoterapia po mastektomii*. Wyd. I. Warszawa: PZWL; 2010.
17. Chachaj A, Małyszczak K, Lukas J i wsp. Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu raka piersi. *Współ Onkol* 2007; 11: 444–448.
18. Lewandowska K, Bączek G. Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz edukacji. *Gin Prakt* 2009; 3: 12–16.
19. Salonen P, Kellokumpu-Lehtinen PL, Tarkka MT i wsp. Changes in quality of life in patients with breast cancer. *J Clin Nurs* 2010; 20: 255–266.
20. Box RC, Reul-Hirche HM, Bullock-Saxton JE. Shoulder movements after breast cancer surgery: results of a randomized controlled study of postoperative physiotherapy. *Breast Cancer Res Treat* 2002; 75: 35–50.
21. Sternfeld B, Weltzien E, Quesenberry CP i wsp. Physical activity and risk of recurrence and mortality in breast cancer survivors: Findings from the LACE study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18: 87–95.